

FAKTOR PEMBANGUNAN WILAYAH TERHADAP STATUS GIZI BALITA DI INDONESIA

Regional Development Factors and Under Five Children Nutrition Status in Indonesia

N.A. Ma'ruf, Dwi Hapsari, Ika Dharmayanti

Sekretariat Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan

Naskah Masuk: 15 Januari 2016, Perbaikan: 22 April 2016, Layak Terbit: 19 Mei 2016

ABSTRAK

Pembangunan ekonomi di Indonesia sudah banyak mengalami peningkatan, akan tetapi di masyarakat masih banyak ditemukan masalah terkait kemiskinan yang pada akhirnya berdampak pada kesehatan. Salah satu masalah kesehatan yang terkait dengan kemiskinan yaitu gizi buruk. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui peran berbagai bidang pembangunan terhadap perubahan status kesehatan gizi balita. Analisis menggunakan data Riskesdas 2013 (Balitbangkes), PSE dan IPM (BPS). Data diolah menggunakan regresi linier untuk melihat hubungan antar variabel. Analisis menunjukkan bahwa jumlah penduduk miskin, pendapatan per kapita, angka melek huruf, kecukupan jumlah dokter, kecukupan posyandu, kepemilikan jaminan pelayanan kesehatan, dan pengetahuan ketersediaan fasilitas kesehatan berperan pada status gizi balita. Sedangkan kecukupan jumlah bidang tidak berpengaruh terhadap status gizi balita. Adapun jumlah bidang tidak berhubungan terhadap status gizi Balita. Semakin tinggi persentase penduduk miskin mempengaruhi semakin tinggi prevalensi gizi kurang-buruk Balita. Sedangkan semakin tinggi pendapatan per kapita, angka melek huruf, kecukupan jumlah dokter, kecukupan Posyandu dan pengetahuan ketersediaan fasilitas kesehatan mempengaruhi semakin rendah prevalensi gizi kurang-buruk Balita. Diperlukan pembangunan antar bidang yaitu bidang sosial ekonomi melalui penambahan lapangan kerja, bidang pendidikan melalui program wajib belajar, serta bidang kesehatan dengan peningkatan pelayanan kesehatan. Diperlukan upaya yang berkesinambungan dan strategi jangka panjang di tiap bidang pembangunan untuk perbaikan status gizi balita.

Kata kunci: Pembangunan, status gizi, anak balita

ABSTRACT

Economic development in Indonesia has improved a lot, but in community there are still many problems related to poverty which in turn have an impact on health. One of the health problems that associated with poverty are malnutrition. The research aimed to determine roles of the various fields of development to nutritional status. The analysis used Riskesdas 2013 (Balitbangkes), PSE and IPM (BPS) data. They were analyzed using linear regression to examine the relationship of variables and the nutritional status. It showed that number of poor people, income per capita, literacy rates, adequacy of doctor and posyandu, ownership of health insurance, and knowledge of the availability of health facilities were correlated with malnutrition status of children under five. Whereas, number of midwives did not influence malnutrition status of children under five. The higher percentage of poor people influenced higher malnutrition status of children under five. Meanwhile higher percentage of income per capita, literacy rates, adequacy of doctors and Posyandu, ownership of health insurance and knowledge of the availability of health facilities influenced lower malnutrition status of children under five. The development on the field of socio-economic was through additional employment, education through compulsory education, as well as the health sector by improving health services. It needs a sustained effort and long-term strategy in each area for the improvement of nutritional status of under five.

Keywords: Development, nutritional status, under five

Korespondensi:

N.A. Ma'ruf

Sekretariat Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan

Jl. Percetakan Negara No. 29, Jakarta

E-mail: namakruf@yahoo.com

PENDAHULUAN

Pembangunan sebagai suatu proses dan tahapan yang harus dijalani oleh setiap masyarakat atau bangsa. Setiap bangsa akan menjalani tahap pembangunan untuk menuju kondisi yang adil, makmur, dan sejahtera. Oleh karena itu, pembangunan harus dilihat sebagai proses multidimensi yang mencakup tidak hanya pembangunan ekonomi, namun juga perubahan-perubahan utama dalam struktur sosial, perilaku dan kelembagaan. Kuncoro (2000) menyatakan bahwa kunci pembangunan menggunakan indikator yang diklasifikasikan sebagai berikut, indikator ekonomi yaitu *Gross National Product* (GNP) per kapita laju pertumbuhan ekonomi, *Gross Domestic Product* (GDP) per kapita dengan *Purchasing Power Parity*, dan indikator sosial meliputi *Human Development Index* (HDI) dan *Physical Quality Life Index* (PQLI) atau Indeks Mutu Hidup.

Pembangunan kesehatan merupakan bagian dari pembangunan nasional yang bertujuan meningkatkan kesadaran, kemauan dan kemampuan masyarakat untuk hidup sehat. Pembangunan kesehatan juga merupakan tugas dari seluruh bangsa Indonesia, baik pemerintah, swasta dan masyarakat.

Tingginya tingkat kemiskinan masih banyak ditemukan di negara-negara berkembang, khususnya di Indonesia. Masih banyak orang-orang miskin dengan tingkat kesehatan yang buruk sehingga menderita kekurangan gizi (Todaro & Smith, 2006). Pemerintah Indonesia sering menyatakan bahwa telah terjadi penurunan kemiskinan dan peningkatan kesehatan di masyarakat, tetapi kenyataan di lapangan sangat berbeda. Masih banyak ditemukan masalah terkait kemiskinan serta buruknya kesehatan di masyarakat.

Penyebab utama terjadinya gizi buruk adalah kurangnya asupan gizi dari makanan yang mengakibatkan terjadinya penyakit infeksi (UNICEF, 1998). Terbatasnya asupan gizi makanan yang dikonsumsi atau terbatasnya jumlah makanan, umumnya disebabkan oleh kondisi sosial dan ekonomi yaitu kemiskinan. Akibat kurangnya asupan zat gizi akan menyebabkan kerusakan beberapa fungsi organ tubuh sehingga tidak bisa menyerap zat makanan secara baik. Penyebab tidak langsung yang mengakibatkan terjadinya kasus gizi buruk yaitu ketersediaan pangan yang bergizi dan terjangkau oleh masyarakat, perilaku dan budaya dalam pengolahan pangan dan pola asuh anak serta kurangnya sanitasi lingkungan dan pelayanan kesehatan yang tidak

memadai. Dilihat dari faktor penyebab gizi buruk di atas, sangat jelas bahwa salah satu penyebabnya adalah dari faktor kemiskinan.

Adanya kerja sama yang berkesinambungan antara pemerintah pusat dan daerah diharapkan dapat menanggulangi berbagai permasalahan kesehatan di masyarakat (Yutimah, 2011). Selain itu, diharapkan program gizi dapat menjadi indikator dalam pembangunan nasional sehingga dapat menyelesaikan masalah gizi di masyarakat. Hal ini dikarenakan masalah gizi merupakan akibat dari kemiskinan yang menimbulkan ketidakcukupan pangan di rumah tangga. Di samping itu, kurangnya tingkat pengetahuan dan perilaku masyarakat yang kurang mendukung pola hidup sehat juga dapat mengakibatkan permasalahan gizi di masyarakat.

Sampai saat ini, masalah gizi buruk yang dialami oleh sebagian besar masyarakat miskin di Indonesia diakibatkan oleh masih buruknya tingkat kesehatan masyarakat. Oleh karena itu, pembangunan fasilitas kesehatan dan perbaikan pelayanan medis perlu dilakukan dengan melakukan kerja sama dengan berbagai bidang terkait. Selain itu, peran serta aktif masyarakat dan petugas kesehatan dalam melakukan sosialisasi program kesehatan sangat diperlukan dalam menangani permasalahan ini. Penelitian ini bertujuan mengetahui peran dari jumlah penduduk miskin, pengeluaran rumah tangga (ruta) per kapita, penduduk melek huruf, kecukupan jumlah dokter di kecamatan, kecukupan jumlah bidan dan posyandu di desa, kepemilikan Jaminan Pembiayaan Kesehatan (JPK), dan pengetahuan ketersediaan fasilitas kesehatan terhadap perubahan status kesehatan gizi balita.

METODE

Penelitian ini merupakan analisis terhadap tiga sumber data yaitu Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) 2013 yang mencakup 497 kabupaten/kota dari 33 provinsi di Indonesia. Riskesdas mengumpulkan informasi kesehatan termasuk kesehatan reproduksi. Disain penelitian Riskesdas adalah potong lintang. Data Riskesdas tersebut milik Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan (Balitbangkes). Sedangkan data lain yang digunakan adalah Pendataan Sosial ekonomi (PSE) dan indikator pembentuk Indeks Pembangunan Manusia (IPM) yang dihitung oleh Badan Pusat Statistik (BPS) dari data Survei Sosial Ekonomi Nasional (Susenas).

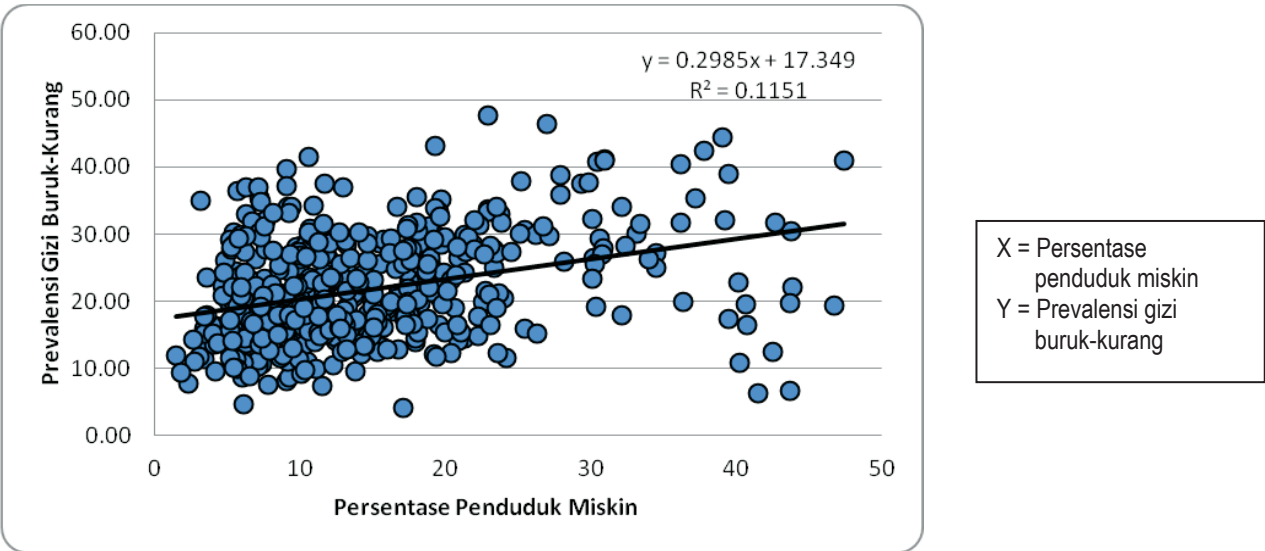
Indikator independen adalah: 1) penduduk miskin, 2) pengeluaran rumah tangga per kapita,

3) penduduk melek huruf, 4) kecukupan dokter per penduduk kecamatan, 5) kecukupan jumlah bidan per desa, 6) kecukupan posyandu per desa, 7) kepemilikan Jaminan Pemelihara Kesehatan (JPK), 8) ketersediaan fasilitas kesehatan. Adapun indikator dependen adalah status gizi balita.

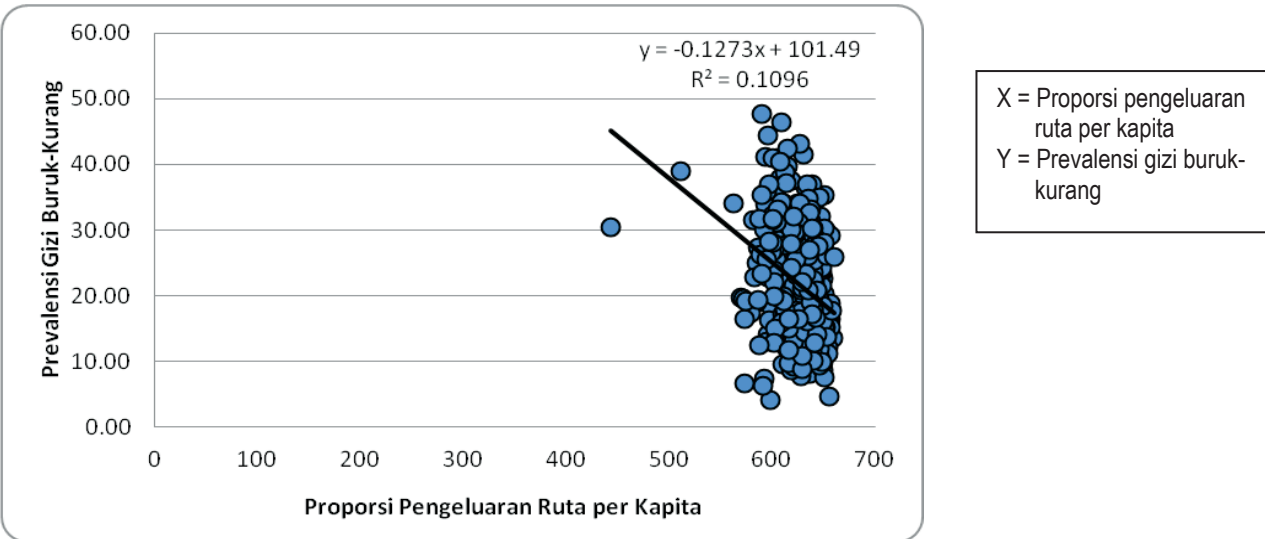
Analisis dilakukan dengan beberapa tahap sebagai berikut: 1) Persentase masing-masing indikator independen dan indikator dependen terpilih untuk mendapatkan angka dasar analisis selanjutnya, 2) Unit analisis yang digunakan wilayah kabupaten/kota, 3) Regresi linier untuk melihat hubungan indikator independen terpilih dan status gizi balita.

HASIL

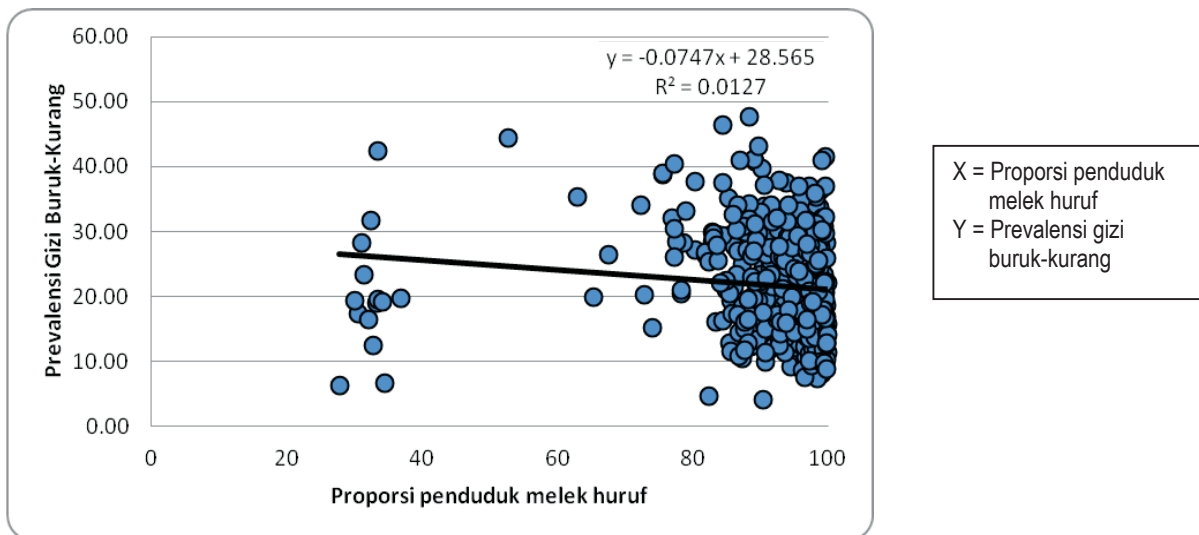
Gambaran masing-masing indikator sebagai hasil pembangunan terhadap prevalensi status gizi suatu wilayah diperoleh dari analisa gabungan (agregat) wilayah yaitu 479 kabupaten/kota di Indonesia. Gambar 1 memperlihatkan semakin banyak jumlah penduduk miskin maka cenderung semakin tinggi prevalensi balita dengan status gizi buruk dan kurang di kabupaten/kota tersebut. Nilai korelasi kedua kondisi ini tidak tinggi tetapi hubungannya signifikan ($p = 0,000$) atau wilayah dengan jumlah penduduk miskin yang besar maka cenderung banyak balita bergizi buruk dan kurang.



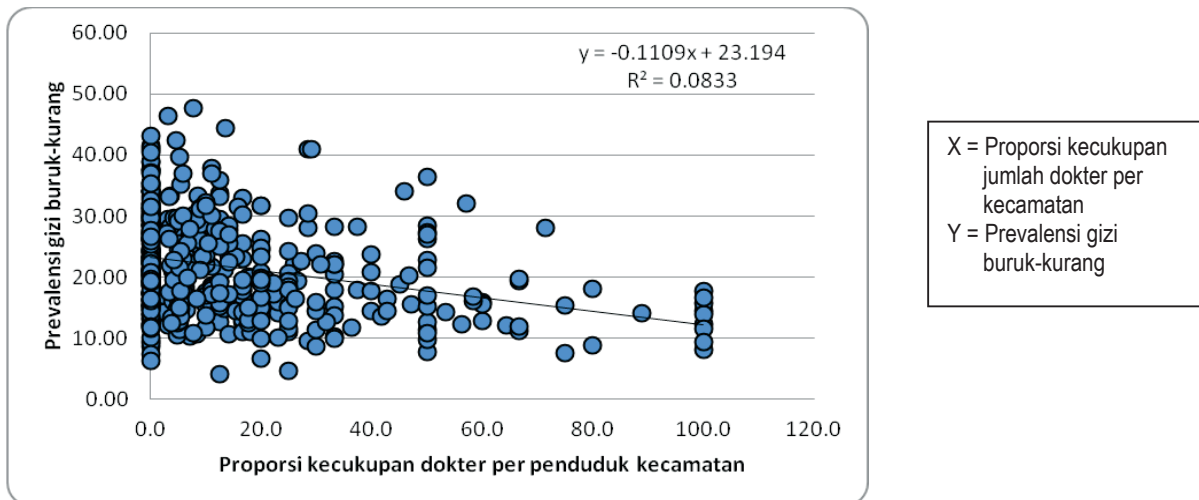
Gambar 1. Korelasi Persentase Penduduk Miskin dan Prevalensi Gizi Buruk-Kurang.



Gambar 2. Korelasi Proporsi Pengeluaran Rumah Tangga per kapita dengan Prevalensi Gizi Buruk-Kurang.



Gambar 3. Korelasi Melek Huruf dengan Prevalensi Gizi Buruk-Kurang.



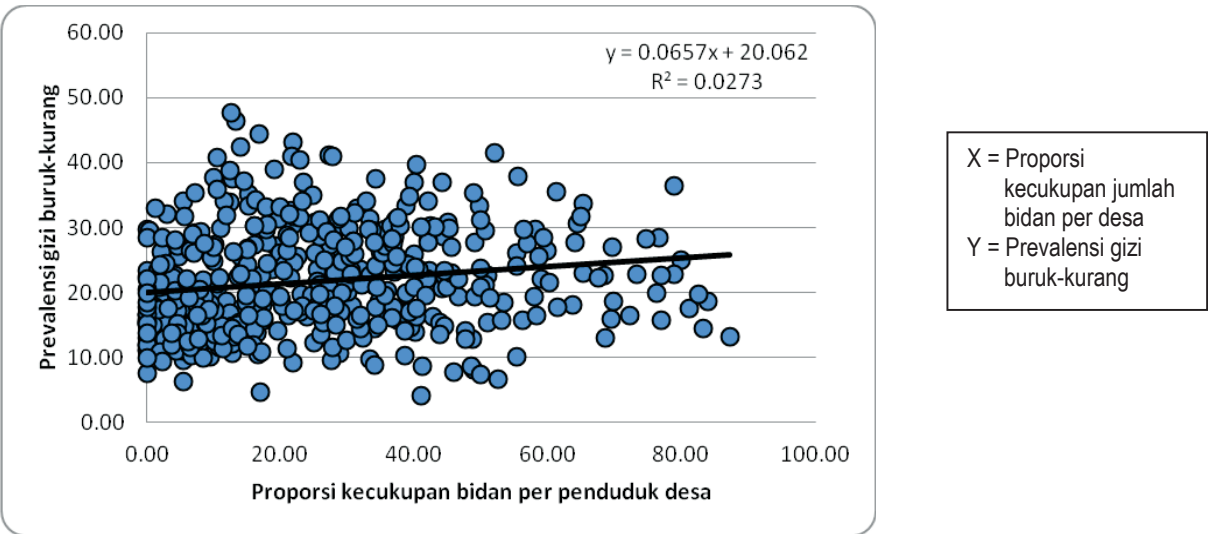
Gambar 4. Korelasi Kecukupan Jumlah Dokter per kecamatan dengan Prevalensi Gizi Buruk-Kurang.

Korelasi berdasarkan pengeluaran per kapita terlihat bahwa semakin besar pengeluaran rata per kapita maka cenderung semakin rendah prevalensi balita dengan status gizi buruk dan kurang di kabupaten/kota tersebut. Walaupun pendapatan per kapita terlihat hampir setara antar kabupaten/kota dan nilai korelasi tidak tinggi, tetapi signifikan ($p = 0,000$). Artinya bahwa balita di wilayah dengan pengeluaran per kapita rendah cenderung banyak yang mengalami gizi buruk atau kurang.

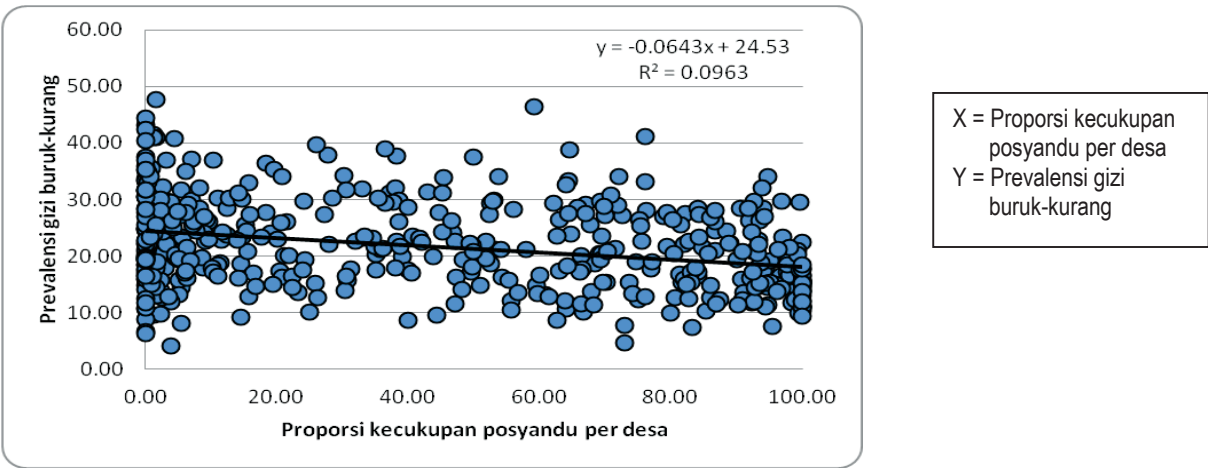
Gambar 3 memberikan gambaran kontribusi status melek huruf penduduk terhadap prevalensi status gizi balita. Angka melek huruf (BPS, 2008) adalah persentase penduduk berusia 15 tahun ke atas yang dapat membaca dan menulis huruf latin dan

atau huruf lainnya. Peran tersebut adalah semakin besar persentase penduduk yang melek huruf maka cenderung semakin rendah prevalensi balita dengan status gizi buruk dan kurang di kabupaten/kota tersebut. Walaupun nilai korelasi tersebut tidak tinggi tetapi signifikan ($p = 0,012$).

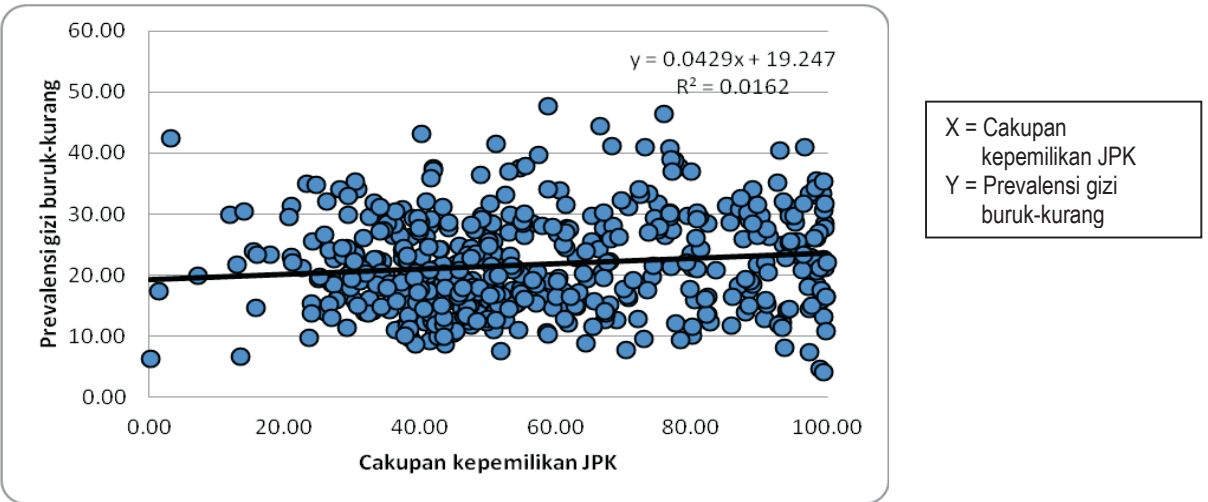
Penelitian ini juga menganalisis jumlah tenaga kesehatan menurut kecukupan dokter per kecamatan dan kecukupan bidan per desa. Gambar 4 memperlihatkan semakin tinggi proporsi kecukupan dokter per kecamatan cenderung semakin rendah prevalensi balita dengan status gizi buruk dan kurang di kabupaten/kota tersebut. Namun kondisi yang berbeda untuk kecukupan bidan per desa (Gambar 5). Semakin tinggi proporsi kecukupan bidan per



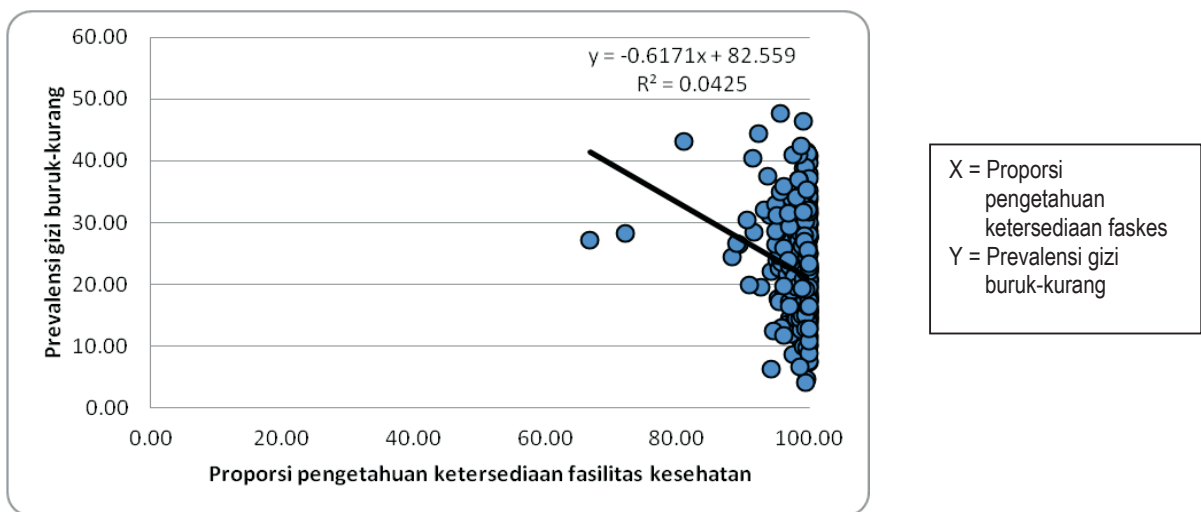
Gambar 5. Korelasi Kecukupan Jumlah Bidan per desa dengan Prevalensi Status Gizi Buruk-Kurang.



Gambar 6. Korelasi Kecukupan Posyandu per desa dengan Prevalensi Gizi Buruk-Kurang.



Gambar 7. Korelasi Kepemilikan JPK dengan Prevalensi Status Gizi Buruk-Kurang.



Gambar 8. Korelasi Pengetahuan Ketersediaan Fasilitas Kesehatan dengan Prevalensi Gizi Buruk-Kurang.

desa terlihat cenderung semakin tinggi prevalensi balita dengan status gizi buruk dan kurang di kabupaten/kota tersebut. Selain tenaga kesehatan, pembangunan wilayah bidang kesehatan yang dianalisa adalah kecukupan posyandu per desa. Pola yang terbentuk sebagaimana Gambar 6 yaitu semakin tinggi proporsi kecukupan posyandu per desa cenderung semakin rendah prevalensi balita dengan status gizi buruk dan kurang di kabupaten/kota tersebut. Dari tiga analisa terkait pelayanan kesehatan semua mempunyai hubungan signifikans ($p=0,000$).

Pola yang dibentuk pada Gambar 7 mengenai kepemilikan Jaminan Pemelihara Kesehatan (JPK) adalah semakin tinggi persentase kepemilikan JPK cenderung semakin tinggi prevalensi balita dengan status gizi buruk dan kurang di kabupaten/kota tersebut. Hubungan ini signifikans dengan $p = 0,005$ (kemungkinan kepemilikan jaminan pembiayaan belum dimanfaatkan masyarakat untuk mengatasi masalah gizi).

Berdasarkan pengetahuan masyarakat tentang keberadaan fasilitas kesehatan pada Gambar 8, membentuk pola semakin tinggi persentase yang mengetahui ketersediaan fasilitas kesehatan cenderung semakin rendah prevalensi balita dengan status gizi buruk dan kurang di kabupaten/kota tersebut, ($p = 0,000$). Asumsi bila masyarakat mengetahui keberadaan fasilitas kesehatan maka akan lebih mudah memanfaatkannya bila dibutuhkan.

Tabel 1 menunjukkan hubungan pembangunan wilayah terhadap prevalensi balita gizi buruk-kurang.

Indikator yang digunakan untuk menggambarkan pembangunan wilayah pada analisis ini adalah jumlah penduduk miskin di setiap kabupaten/kota dan pengeluaran per kapita wilayah sebagai indikator pembangunan ekonomi. Indikator pembangunan pendidikan menggunakan angka melek huruf. Pembangunan wilayah dari sektor kesehatan dilihat dari dua hal yaitu fasilitas dan masyarakatnya.

Tabel 1. Indikator Pembangunan Wilayah dengan Prevalensi Gizi Buruk-Kurang

	Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	95% Confidence Interval for B		Sig.
	B	Std. Error	Beta		Lower Bound	Upper Bound	
(Constant)	79.95	17.90		4.47	44.77	115.13	0.00
Jml penduduk miskin	0.19	0.05	0.22	3.69	0.09	0.29	0.00
Pengeluaran per kapita	-0.04	0.02	-0.10	-1.83	-0.08	0.00	0.07
Melek huruf	0.10	0.03	0.15	2.94	0.03	0.16	0.00
Kecukupan jml dokter	-0.09	0.02	-0.25	-6.05	-0.13	-0.06	0.00
Kecukupan jml posyandu	-0.03	0.01	-0.15	-3.19	-0.05	-0.01	0.00
Kepemilikan jpk	0.04	0.01	0.12	2.92	0.01	0.07	0.00
Pengetahuan ketersediaan faskes	-0.46	0.12	-0.15	-3.75	-0.70	-0.22	0.00

Berdasarkan fasilitas yaitu kecukupan jumlah dokter per kecamatan, kecukupan jumlah bidan per desa, dan kecukupan jumlah posyandu per desa, sedangkan dari masyarakat yaitu kesadaran memiliki jaminan pembiayaan kesehatan dan pengetahuan mengenai ketersediaan fasilitas kesehatan yang terdekat dengan tempat tinggalnya.

Model regresi linier di atas menunjukkan beberapa indikator yang saling berperan terhadap status prevalensi gizi buruk dan kurang. Dari delapan indikator kandidat, hanya indikator kecukupan jumlah bidan yang tidak bermakna untuk secara bersama-sama berperan terhadap status prevalensi gizi buruk-kurang untuk kabupaten/kota. Nilai signifikans model $< 0,001$ dan nilai korelasi sebesar 0,504 atau memenuhi syarat uji regresi linier.

Dari model ini didapat semakin banyak jumlah penduduk miskin di kabupaten/kota maka semakin tinggi pula prevalensi balita gizi buruk-kurang di kabupaten/kota tersebut. Kondisi ini dapat terjadi dengan adanya peran pendapatan per kapita, angka melek huruf, kecukupan jumlah dokter dan posyandu, kepemilikan JPK, dan pengetahuan masyarakat untuk ketersediaan fasilitas kesehatan. Indikator yang mempunyai pola negatif terhadap prevalensi status gizi buruk-kurang tetapi mempunyai arti positif adalah pengeluaran per kapita, kecukupan jumlah dokter dan posyandu, serta pengetahuan masyarakat untuk ketersediaan fasilitas kesehatan. Salah satu contoh pola negatif tetapi memiliki arti positif adalah semakin tinggi pengeluaran per kapita kabupaten/kota cenderung semakin rendah prevalensi balita dengan status gizi buruk-kurang dengan adanya peran indikator lain.

Hal yang dapat menjadi perhatian adalah indikator melek huruf dan kepemilikan JPK. Jika semakin banyak masyarakat yang melek huruf maka seharusnya diikuti dengan penurunan jumlah penduduk miskin atau meningkatkan pendapatan per kapita sehingga dapat menurunkan prevalensi balita gizi buruk-kurang. Demikian dengan peningkatan kepemilikan JPK harus diikuti dengan peningkatan kecukupan jumlah dokter sehingga dapat menurunkan prevalensi balita gizi buruk-kurang

PEMBAHASAN

Pembangunan yang selama ini dilaksanakan di daerah telah berhasil meningkatkan angka melek huruf, taraf pendidikan, dan kesehatan masyarakat. Akan tetapi, masih terjadi ketidakseimbangan kualitas

pencapaiannya karena kualitas sumber daya manusia di kawasan terpencil dan tertinggal pada umumnya masih di bawah rata-rata nasional (Faturachman, 1990 dan Sudjilah, 2010). Berbagai masalah ketidakseimbangan pembangunan dikarenakan terlalu terpusat dan kurang memperhatikan kondisi dan keinginan daerah. Oleh karena itu, pendekatan kewilayahan perlu memperhatikan berbagai aspek pembangunan tentang hubungan antara sumber daya alam, sumber daya manusia serta sumber daya buatan (Riyadi, 2000).

Hasil menunjukkan bahwa faktor yang berperan pada status gizi balita menurut kelompok pembangunan wilayah seperti bidang ekonomi dan sosial yaitu jumlah penduduk miskin dan pendapatan per kapita, bidang pendidikan yaitu berdasarkan angka melek huruf, bidang kesehatan yaitu fasilitas yang dilihat dari kecukupan jumlah dokter dan posyandu, serta dari masyarakat menurut kepemilikan JPK dan pengetahuan tentang ketersediaan fasilitas kesehatan. Sedangkan kecukupan jumlah bidan per desa tidak berperan terhadap status gizi balita. Hal ini kemungkinan karena peran bidan di masyarakat belum menjangkau masalah gizi balita, tetapi masih terfokus pada menolong persalinan ibu.

Hasil studi ini sejalan dengan penelitian Taruna (2002) bahwa terdapat hubungan signifikans antara status ekonomi keluarga dengan kasus gizi buruk pada balita di Kabupaten Kampar Riau. Demikian penelitian Santi, dkk. (2012) menyatakan bahwa pendapatan orang tua berhubungan dengan status gizi balita. Devi (2010) menganalisis gizi balita di pedesaan menunjukkan hubungan antara jenis pekerjaan ayah dan ibu dengan status gizi. Semakin rendah pendapatan orang tua maka akan berpengaruh terhadap pemilihan bahan pangan yang bergizi bagi balita, karena status gizi balita ditentukan oleh makanan yang dikonsumsi di tingkat rumah tangga

Pembangunan di bidang ekonomi merupakan salah satu hal penting dalam pembangunan. Terbukanya lapangan kerja bagi masyarakat secara luas dapat mengurangi angka pengangguran di Indonesia, baik secara langsung maupun tidak langsung akan dapat mengurangi angka kemiskinan di masyarakat.

Kemajuan pembangunan ekonomi diharapkan membawa berbagai dampak perubahan masyarakat, salah satunya penurunan status gizi balita buruk-kurang. Sesuai misi pembangunan kesehatan yang bertujuan untuk meningkatkan kesadaran, kemampuan dan keinginan untuk hidup sehat bagi setiap orang agar tercipta kesehatan masyarakat baik di bidang *promotif*,

preventif, kuratif dan rehabilitatif agar setiap kelompok masyarakat dapat mencapai derajat kesehatan yang setinggi-tingginya baik fisik, mental dan sosial serta harapan berumur panjang (Depkes, 2004).

Tingkat pendidikan orang tua juga berpengaruh pada pola asuh dan pengetahuan orang tua dalam peningkatan status gizi balita. Dalam prosiding penelitian ilmu eksakta Linda O, dkk. (2011) menyatakan terdapat hubungan signifikans antara pendidikan ayah dengan status gizi balita. Demikian Santi, dkk. (2012) dan Wahyudi, dkk. (2014) bahwa pendidikan orang tua berhubungan dengan status gizi balita.

Di bidang pendidikan, pemerintah perlu melakukan perbaikan indikator kinerja pendidikan usia sekolah dengan melibatkan peran serta masyarakat dan pemerintah (Suryana, 2011). Salah satu upaya yang dilakukan adalah penuntasan wajib belajar pendidikan dasar 9 tahun, terutama bagi siswa yang berasal dari keluarga miskin. Selain itu, upaya penuntasan buta aksara sebagai salah satu indikator penting dalam meningkatkan indeks pembangunan manusia Indonesia. Kedua upaya tersebut merupakan agenda yang perlu mendapat perhatian semua pihak, baik masyarakat, pemerintah pusat dan daerah.

Semakin tinggi pendidikan atau semakin banyak pengetahuan yang bisa diperoleh, diharapkan semakin meningkat pula pengetahuan orang tua untuk memberi makanan bergizi untuk anaknya. Selain itu, pendidikan juga menambah pengetahuan masyarakat untuk memilih pelayanan kesehatan yang layak untuk dimanfaatkan.

Terkait kunjungan balita ke posyandu, penelitian Octaviani, dkk (2008) di Kecamatan Rancaekek menunjukkan bahwa balita yang tidak aktif dibawa ke posyandu mempunyai risiko 6,857 kali lebih besar menderita status gizi Kurang Energi Protein (KEP). Penelitian Khoiri (2009) dan Lanoh, dkk. (2015) masing-masing di Kecamatan Medan Baru dan Kota Manado menyimpulkan bahwa sebagian besar balita yang memanfaatkan posyandu memiliki status gizi baik. Hal ini berarti kegiatan posyandu sangat diperlukan untuk mengontrol perkembangan status gizi balita.

Oleh karena itu, diperlukan peran serta dan dukungan pemerintah dalam merevitalisasi fungsi posyandu di bidang preventif dan promotif melalui konseling gizi dalam menurunkan prevalensi balita gizi buruk-kurang. Daerah perlu memotivasi kader posyandu dalam memberikan pelayanan dengan memberikan insentif kepada relawan yang terlibat dalam peningkatan status gizi balita. Hamdi (2010) menyatakan semakin banyak penduduk yang sehat maka semakin produktif daerah tersebut.

Berdasarkan data dan informasi dari Badan Pengembangan dan Pemberdayaan Sumber Daya Manusia Kesehatan (Badan PPSDM Kesehatan) pada tahun 2015 (Kemkes, 2015) bahwa jumlah posyandu sebanyak 289.635 posyandu dengan rasio 4 posyandu per desa dan rasio kader sekitar 6–7 orang per desa. Sedangkan jumlah dokter yang tersebar di seluruh Indonesia adalah 17.775 dokter umum dengan rasio dokter umum per puskesmas sekitar 2 orang.

Posyandu merupakan salah satu bentuk pemberdayaan masyarakat yang telah menyatu dengan budaya masyarakat. Oleh karena itu, kader posyandu sebaiknya sangat memahami kondisi kebutuhan masyarakat di wilayahnya. Untuk bidang kuratif merupakan tugas dokter dalam penanganan permasalahan kesehatan balita.

Rahayu (2006) menunjukkan terkait kepemilikan JPK pola asuh dan status gizi balita pada keluarga penerima dan bukan penerima jaminan pemeliharaan kesehatan masyarakat miskin (JPKMM) bahwa status gizi balita (normal) terhadap perubahan berat badan (BB) dan tinggi badan (TB) pada penerima JPKMM lebih baik dibandingkan bukan penerima JPKMM. Hal ini menandakan adanya pola asuh yang baik serta kepemilikan JPK, masyarakat lebih peduli pada kesehatan keluarganya.

Keikutsertaan dalam program posyandu serta memiliki JPK ternyata sangat berperan dalam meningkatkan status gizi balita. Dalam melakukan pembangunan kesehatan, perlu partisipasi masyarakat dalam bentuk pemberdayaan masyarakat. Pemberdayaan masyarakat adalah suatu sistem, metode, program, kelembagaan dan gerakan yang melibatkan masyarakat sebagai dasar dalam mengatasi permasalahan yang dihadapi bersama (Kornita, 2013).

KESIMPULAN

Permasalahan status gizi balita berkaitan erat dengan banyak faktor penyebab sehingga diperlukan program yang terintegrasi baik di tingkat pusat maupun daerah. Jumlah penduduk miskin, pendapatan per kapita, angka melek huruf, kecukupan jumlah dokter, kecukupan posyandu, kepemilikan jaminan pelayanan kesehatan, dan pengetahuan ketersediaan fasilitas kesehatan berhubungan dengan status gizi balita. Sedangkan jumlah bidan per desa tidak berperan kemungkinan karena peran bidan terfokus pada pertolongan persalinan.

Sehingga diperlukan pembangunan antar bidang yaitu bidang sosial-ekonomi melalui penambahan

lapangan kerja, bidang pendidikan melalui program wajib belajar, dan bidang kesehatan melalui peningkatan pelayanan kesehatan.

SARAN

Dalam penanggulangan untuk perbaikan status gizi balita perlu upaya jangka panjang yang bersifat preventif melalui program perbaikan perilaku kesehatan dan gizi tingkat keluarga yang sesuai dengan kriteria spesifik lokal daerah.

Selain itu, perlu dilakukan kerja sama dengan pihak swasta oleh pemerintah dalam menciptakan lapangan kerja dan menanggulangi kemiskinan. Peningkatan taraf pendidikan bagi masyarakat juga diperlukan sebagai strategi jangka panjang untuk dapat mengatasi berbagai masalah kesehatan, termasuk status gizi di Indonesia.

UCAPAN TERIMA KASIH

Penulis mengucapkan terima kasih kepada Kepala Badan Litbangkes yang telah memberikan kesempatan menggunakan data Riskesdas 2013 dan BPS dalam penggunaan data Susenas. Demikian kami ucapkan terima kasih kepada seluruh pihak yang telah berkontribusi dalam penulisan ini.

DAFTAR PUSTAKA

- Badan Pusat Statistik. 2008. Indeks Pembanguan Manusia 2006-2007. Jakarta. Tersedia pada: http://www.bps.go.id/website/pdf_publikasi/IPM-2006-2007.pdf [diakses 5 Januari 2016]
- Departemen Kesehatan. 2004. Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 128/Menkes/SK/II/2004 tentang Kebijakan Dasar Pusat Kesehatan Masyarakat. Jakarta.
- Devi, M. 2010. Analisis Faktor-faktor yang Berpengaruh Terhadap Status Gizi Balita di Pedesaan. *Jurnal Teknologi dan Kejuruan*, 33 (2): pp. 183–92.
- Faturochman. 1990. Kualitas Manusia: Sumber Utama Pembangunan. Yogyakarta: Yogya Post. Tersedia pada: <http://fatur.staff.ugm.ac.id/file/KORAN%20-%20Kualitas%20Manusia%20Sumber%20Utama%20Pembangunan.pdf> [diakses 5 Januari 2016].
- Hamdi, R. 2010. Otonomi Daerah dan Pembangunan Kesehatan di Indonesia. Alumnus Fakultas Kedokteran dan Ilmu Kesehatan UIN Syarif Hidayatullah Jakarta. Tersedia pada: http://www.kompasiana.com/rizwanhamdi/otonomi-daerah-dan-pembangunan-kesehatan-di-indonesia_55002700a333112f7550fb54 [diakses 12 Januari 2016].
- Kementerian Kesehatan. 2015. Data dan Informasi Tahun 2014: Profil Kesehatan Indonesia. Jakarta.
- Khoiri, IF. 2009. Status Gizi Balita di Posyandu Kelurahan Padang Bulan Kecamatan Medan Baru. Skripsi. Program Studi Ilmu Keperawatan. Fakultas Kedokteran Universitas Sumatera Utara. Medan.
- Kornita, SE, 2013. Peran Perguruan Tinggi dalam Pengembangan Perencanaan Pembangunan Partisipatif. *Jurnal Sosial Ekonomi Pembangunan*, 3 (8): pp 179-88.
- Kuncoro, M. 2000. Ekonomi Pembangunan: Teori, Masalah dan Kebijakan. Edisi Pertama, UPP AMP YKPN, Yogyakarta.
- Lanoh, M, Sarimin, S, Karundeng, M. 2015. Hubungan Pemanfaatan Posyandu dengan Status Gizi Balita di Wilayah Kerja Puskesmas Ranotana Weru Kota Manado. *Jurnal Keperawatan*, 3 (2).
- Linda, O, Hamal, DK. 2011. Hubungan Pendidikan dan Pekerjaan Orangtua Serta Pola Asuh dengan Status Gizi Balita di Kota dan Kabupaten Tangerang Banten. *Prosiding Penelitian Bidang Ilmu Eksakta 2011*. Jakarta: Prodi Kesehatan Masyarakat Fakultas Ilmu Kesehatan, Universitas Muhammadiyah Prof. Dr. Hamka.
- Octaviani, U, Juniarti, N, Mardiyah, A. 2008. Hubungan Keaktifan Keluarga dalam Kegiatan Posyandu dengan Status Gizi Balita di Desa Rancaekek Kulon Kecamatan Rancaekek. Bandung: Fakultas Ilmu Keperawatan. Universitas Padjadjaran.
- Rahayu, S. 2006. Pola asuh dan status gizi anak balita keluarga penerima dan bukan penerima jaminan pemeliharaan kesehatan masyarakat miskin (JPKMM). Skripsi. Bogor: Program Studi Gizi Masyarakat dan Sumber Daya Keluarga. Fakultas Pertanian. Institut Pertanian.
- Riyadi, DMM. 2000. Pembangunan Daerah Melalui Pengembangan Wilayah. Disampaikan pada Acara Diseminasi dan Diskusi Program-Program Pengembangan Wilayah dan Pengembangan Ekonomi Masyarakat di Daerah. Hotel Novotel, Bogor, 15–16 Mei 2000. Tersedia pada: <http://www.slideshare.net/septianraha/30769259-pembangunandaerah> [diakses 13 November 2015].
- Santi, DY, Utama, SP, Putranto, AMH. 2012. Hubungan Antara Kondisi Sosial Ekonomi dan Higiene Sanitasi Lingkungan dengan Status Gizi Anak Usia 2–5 Tahun di Kecamatan Seginim Kabupaten Bengkulu Selatan Tahun 2012. *Jurnal Penelitian Pengelolaan Sumberdaya Alam dan Lingkungan*. 1(2), 141–46.
- Sudjilah. 2010. Ekonomi Pembangunan. Sekolah Tinggi Ilmu Ekonomi Indonesia (STIMI), Malang. Tersedia pada: <http://sudjilah.lecture.ub.ac.id/2010/05/ekonomi-pembangunan-2/> [diakses 11 November 2015].
- Suryana, S. 2011. Permasalahan Mutu Pendidikan dalam Perspektif Pembangunan Pendidikan. Fakultas Ilmu Pendidikan Universitas Negeri Semarang.

- Tersedia pada: <http://journal.unnes.ac.id/nju/index.php/edukasi/article/download/971/908>. [diakses 12 Januari 2016].
- Taruna, J. 2002. Hubungan Status Ekonomi Keluarga dengan Terjadinya Kasus Gizi Buruk pada Anak Balita di Kabupaten Kampar Provinsi Riau Tahun 2002. Tesis. Depok: Program Pascasarjana Ilmu Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia.
- Todaro PM, Smith SC. 2006. Pembangunan Ekonomi, Edisi Kesembilan. Jakarta: Erlangga.
- UNICEF. 1998. The State on the World Children. Oxford University Press.
- Wahyudi BF, Sriyono, Indarwati R. 2014. Analisis Faktor yang Berkaitan dengan Kasus Gizi Buruk pada Balita. *Jurnal Pedimaternat*. 3 (1), 83–90.
- Yutimah. 2011. Pembangunan Bidang Kesehatan (Kemiskinan dan Buruknya Tingkat Kesehatan), Jurusan Sosiologi Antropologi Fis Universitas Negeri Padang. Tersedia pada: <http://yutimahdamazier.blogspot.co.id/2011/05/pembangunan-bidang-kesehatan-artikel-1.html>. [diakses 13 November 2015].